ENQUESTA DE SOLICITUD DE ASISTENCIA

Arizona Public Service Company ha establecido específicamente "Operación Alcance" como un medio para educar e informar a los residentes sobre la energía nuclear en general y la Planta Nuclear Palo Verde en específico. Están trabajando estrechamente con las agencias de manejo de emergencias a nivel federal, estatal y del condado para proveer para su salud y seguridad. El Departamento de Manejo de Emergencias del condado Maricopa utiliza este formulario en su planificación y le solicita a ud. llene este formulario informativo independientemente si necesita asistencia o no. Para obtener más información puede contactar al Departamento de Manejo de Emergencias del Condado Maricopa en 602-273-1411/AZ Servicio de Retransmisión 711, ó 602-244-1409 (TTY). *Si Ud. no puede llenar este formulario por su cuenta, pida a un miembro de la familia, cuidador u otro representante llene el formulario y lo envíe por usted. Puede rellenar este formulario En línea en www.maricopa.gov/Emerg_Mgt o llame a 602-273-1411/AZ Servicio de Retransmisión 711 o 602-244-1409 (TTY) para asistencia.*

“POR FAVOR ESCRIBA LETRA DE MOLDE”

NOMBRE(S) DE PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR (Por favor incluya nombre y apellido)

EDAD

¿Necesita Asistencia?

NOMBRE(S) DE PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR (Por favor incluya nombre y apellido)	EDAD	¿Necesita Asistencia?
		☐

Domicilio residencial: Número de casa: _____ Calle (incluya dirección): _____ Apt.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo (Si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Números de Teléfono(s): Casa: _____ Celular: _____

Sí No 1. ¿Necesitaría Ud., o algún miembro de su familia (incluyendo a niños o adultos mayores en casa sin atención durante el día) asistencia adicional para salir de su casa en un período corto de tiempo? Por favor marque TODAS las opciones que describen alguna discapacidad o condición médica que afecte su movilidad.

- Usa andadera o bastón (Necesario para la movilidad)
- Usa silla de ruedas (Necesario para la movilidad)
- Imposible estar fuera de la cama (No tiene movilidad)
- Usa un Ventilador/Respirator (Se necesita para sostener la vida)
- Usa Equipo de Oxígeno portátil (Necesario para respirar)
 - Tanque
 - Concentrador
- Requiere Electricidad Para Equipo de soporte vital (Necesario para hacer funcionar cualquier aparato para sostener la vida)
- Animal de servicio

Por favor anote cualquier otro tipo de asistencia que usted requiera: _____

Sí No 2. Por favor marque TODAS las opciones que mejor describen su discapacidad o condición médica

- Sordera/Deficiencia auditiva

ENQUESTA DE SOLICITUD DE ASISTENCIA

- Ceguera/Dicapacidad Visual
- Discapacidad cognitiva
- Trastorno del espectro autista
- Convulsiones
- Discapacidad del habla
- Alzheimer/Demencia
- Discapacidad psiquiátrica
- Comunicación no verbal
- Otro: _____

Sí No 3. ¿Tiene usted teléfono? Teléfono No.: _____

- Celular, Mensaje de texto, Teléfono inteligente

Sí No 4. ¿Necesita usted transporte durante una situación de emergencia?

- Transporte accesible

Sí No 5. ¿Tiene usted mascotas? (Si sí, ¿cuantos animales y de qué tipo?)